



“ALGORITMS L” SIA  
Sakņu iela 14-1, Liepāja, LV-3405  
LV42102026314  
“ABdental” zobārstniecība  
Pededzes iela 10, Mārupe, LV-2167

*Pacients*

Vārds, Uzvārds: \_\_\_\_\_  
Personas kods: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

*Pacienta likumiskais pārstāvis*

Vārds, Uzvārds: \_\_\_\_\_  
Personas kods: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Kontakttālrunis: \_\_\_\_\_

**Piekrišana nepilngadīgā pacienta ārstēšanai**

Es, \_\_\_\_\_ (pacienta likumiskā pārstāvja vārds, uzvārds), kā nepilngadīgā pacienta \_\_\_\_\_ (pacienta vārds, uzvārds) likumiskais pārstāvis, ar šo apliecinu savu piekrišanu pacientam patstāvīgi apmeklēt ABdental zobārstniecības klīniku, un klīnikas zobārstiem veikt nepilngadīgā pacienta ārstēšanu un ārstēšanai nepieciešamos rentgenoloģiskos izmeklējumus, balstoties uz zobārsta profesionālo kompetenci un pieredzi, un zobārstniecības klīnikā veikto diagnostiku bez likumiskā pārstāvja klātbūtnes.

Gadījumos, kad ieplānotā vizīte ir maksas un esmu par to iepriekš informēts/a vizītes reģistrācijas laikā vai / un saņemot atgādinājumu par ieplānoto vizīti (rakstiski vai mutiski), apņemos segt visus ar ārstēšanu saistītos izdevumus pilnā apmērā pēc ABdental zobārstniecības klīnikas cenrāža.

- Šī piekrišana attiecināma uz nepilngadīgā pacienta vienreizēju ārstēšanu \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dd/mm/gggg).
- Šī piekrišana attiecināma uz visu turpmāko nepilngadīgā pacienta ārstēšanu periodā no \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ līdz \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dd/mm/gggg līdz dd/mm/gggg).
- Šī piekrišana attiecināma uz visu turpmāko ārstēšanu zobārstniecības klīnikā ABdental.

Datums: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pacienta likumiskā pārstāvja paraksts un atšifrējums:

\_\_\_\_\_